éducation POUR LA santé

pour mieux vivre

LA SANTÉ EN CHIFFRES

ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE

01-99343-B









Comité français d'éducation pour la santé - 2, rue Auguste Comte - BP 51 - 92174 Vanves cedex - France

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Au début des années quatre-vingt, quelques équipes de chercheurs en santé publique réalisaient et publiaient les premières études françaises sur les accidents de la vie courante. Pour la première fois, était révélée, chiffres à l'appui, la réalité de ces traumatismes dont personne ne parlait. Accidents de la sphère privée, ils faisaient rarement la une des journaux. Pourtant, ils tuaient, blessaient, handicapaient en silence des milliers d'enfants, d'adultes et de personnes âgées. Plus que les accidents de la route, plus que les suicides, plus que toutes les autres formes de violence, ils étaient et sont toujours une cause majeure de mortalité, de morbidité ou d'années potentielles de vie perdue.

C'est en 1983 que des initiatives d'envergure sont prises par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES). Depuis cette époque, quatre partenaires publics ou parapublics ont, de façon constante et concertée, uni leurs efforts pour agir en faveur de la prévention des accidents de la vie courante : le CFES, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et deux ministères, Emploi et Solidarité (secrétariat d'État à la Santé) et Économie, Finances et Industrie (direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes - DGCCRF), mais aussi la Commission de sécurité des consommateurs (CSC) et de nombreuses associations nationales ou locales.

Des stratégies et des programmes complémentaires ont été initiés : développement des dispositifs de recueil d'informations épidémiologiques, mise en place de législations et de réseaux d'alertes, campagnes nationales de communication (spots et production de films TV…), actions de proximité (santé communautaire, éducation à la prévention des risques chez les jeunes enfants…), formation des intervenants médico-sociaux ou éducatifs (enseignants, aides maternelles, personnels soignants…).

Durant ces deux décennies, la baisse des accidents de la vie courante a été à la fois spectaculaire et insuffisante. Une mobilisation est donc encore nécessaire afin que cette mortalité et cette morbidité, qualifiées par le Haut Comité de la santé publique d'évitables, diminuent encore.

Ce document présente une synthèse des principales données épidémiologiques disponibles aujourd'hui en France. Ce travail a été réalisé par la Cellule nationale d'observation des accidents de la vie courante (Coac) mise en place en 1997 à l'initiative de la direction générale de la Santé et en lien avec des institutions qui collectent, exploitent ou valorisent des données relatives aux accidents de la vie courante.

Les accidents de la vie courante (ADVC) se définissent comme étant les accidents survenant au domicile ou dans ses abords immédiats, sur les aires de sports ou de loisirs, à l'école, et tous ceux survenant à un autre moment de la vie privée, à l'exception des accidents de la circulation, du travail, des suicides et des agressions.

Cette brochure a été rédigée sous la direction de Christine Duval (direction générale de la Santé, Coac) par Marie-Laurence Bouvet et Jacques Yacoubovitch (Coac), en coordination avec Pascale Oustry et Marie-Pierre Janvrin (CFES), Marie Anguis (Drees), SC8-Inserm, Yannick Bailbled (DGCCRF), Florence Garry et François Baudier (Cnamts) que nous tenons ici à remercier pour leur précieuse collaboration.

MORTALITÉ

TABLEAU 1

Nombre de décès consécutifs à des accidents de la vie courante

(Source Inserm, SC8)

1982	22 306
1987	19 551
1992	18 832
1995	18 240
1997	18 188

Les données sur la mortalité présentées dans ce chapitre proviennent de l'Inserm (SC8) et datent de l'année 1997 (dernières données publiées).

En 1997, les accidents de la vie courante (ADVC) ont été responsables de 18 188 décès (Tableau 1). En quinze ans, on observe une baisse des décès de 18 %, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Cette diminution, sensible dans les années quatre-vingt, a tendance à se ralentir.
De même, la part des décès par ADVC dans la mortalité globale a régressé depuis 1982 (source Inserm, SC8) passant de 4,11 % à 3,43 % en 1997 (Figure 1). En 1997, les décès par accidents de la vie courante ont représenté bien plus du double des décès par accidents de la circulation (7 629).

La mortalité selon l'âge et le sexe

La variation du taux de mortalité par tranche d'âge montre un risque de décès quatre fois plus élevé chez les enfants de moins d'1 an par rapport à ceux de 1 à 4 ans (Figure 2). Le risque de décès augmente régulièrement de 1 à 74 ans et atteint sa valeur maximale à 75 ans et plus (276,3 pour 100 000 habitants), soit un risque près de six fois plus élevé qu'à 70-74 ans.

L'étude de l'évolution du nombre de décès entre 1982 et 1997 en fonction de trois tranches d'âge (moins de 15 ans/ 15-64 ans/65 ans et plus) montre, dans ces trois groupes, une baisse de la mortalité.

FIGURE 1

Variation de la part des décès par accidents de la vie courante dans la mortalité globale

(Source Inserm, SC8)

% d'ADVC/total

4,20 % · 4,00 % · 3,80 % · 3,60 % · 3,40 % · 3,20 % · 3,00 %

1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997

Cette diminution est la plus significative chez les moins de 65 ans. Au-delà de cet âge, il est probable que la stabilité apparente du nombre de décès soit liée au vieillissement de la population. Dans cette tranche d'âge, la baisse des taux de mortalité est aussi la moins importante.

Au cours de cette période, on note une régression de 70 % du nombre de décès par ADVC chez les jeunes de moins de 15 ans (Figure 3).

Cette baisse est équivalente pour les deux sexes. La diminution importante entre 1982 et 1987 est due notamment à une classification plus appropriée des décès par mort subite inexpliquée du nourrisson, auparavant mal différenciée des suffocations. On constate également une nette diminution (de 33 % en quinze ans) des accidents mortels chez les 15-64 ans, davantage liée à la baisse des décès masculins (35 % contre 28 % pour les femmes) (Figure 4).

On observe, au cours de la période considérée, une diminution plus modérée du nombre total des accidents mortels, essentiellement liée à une légère baisse des décès féminins. Chez les moins de 65 ans, les effectifs de décès sont toujours plus élevés pour les hommes, plus particulièrement entre 15 et 64 ans.

À l'inverse, à partir de 65 ans, les décès sont plus nombreux chez les femmes que chez les hommes (Figure 5). Dans cette classe d'âge, les décès féminins sont dix fois plus élevés (fractures du col du fémur…) que chez les 1-64 ans. Entre 1982 et 1997, chez les 65 ans et plus, le nombre de décès masculins annuel a varié faiblement.

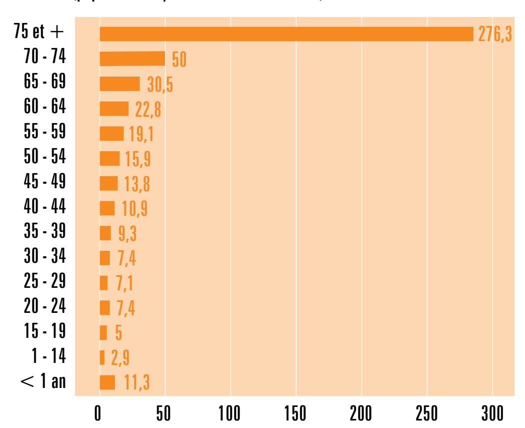


FIGURE 2

Variation du taux de mortalité par ADVC selon l'âge en 1997

(Source Inserm, SC8)

Le faible nombre des décès chez les jeunes enfants ne doit pas minimiser la responsabilité des accidents de la vie courante. En effet, ils sont impliqués dans :

- 1 décès sur 5 entre 1 et 4 ans ;
- 1 décès sur 8 entre 5 et 14 ans ;
- 1 décès sur 10 entre 15 et 24 ans.

FIGURE 3

Évolution du nombre de décès par ADVC chez les moins de 15 ans entre 1982 et 1997

(Source Inserm, SC8)

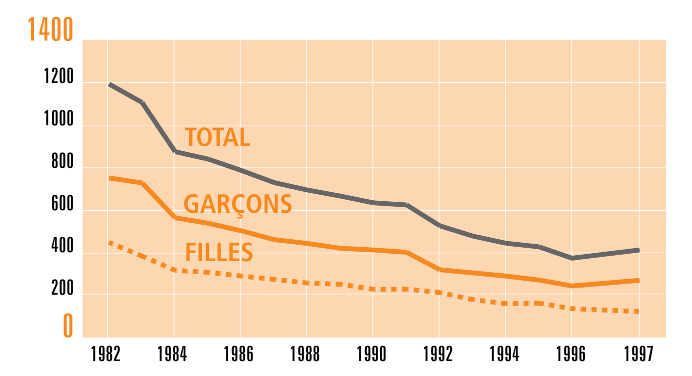


FIGURE 4

Évolution du nombre de décès par ADVC chez les 15-64 ans entre 1982 et 1997

(Source Inserm, SC8)

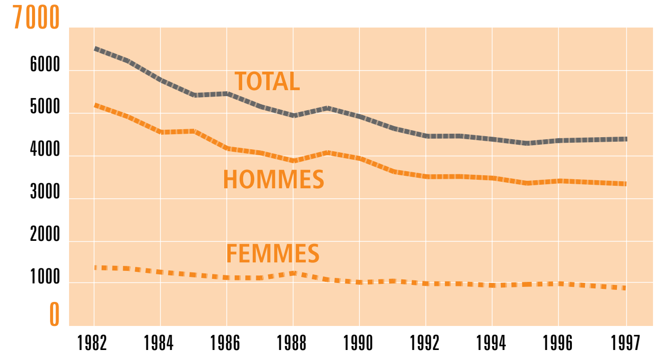
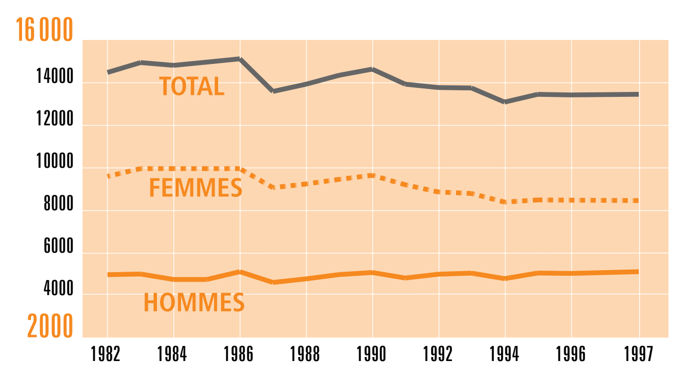


FIGURE 5

Évolution du nombre de décès par ADVC chez les 65 ans et plus entre 1982 et 1997

(Source Inserm, SC8)



La mortalité selon les principales causes de décès en 1997

Les chutes et les suffocations engendrent 71 % des décès par ADVC.

Ce sont principalement les femmes qui sont concernées (Figure 6). La rubrique « autres » regroupe les brûlures, les intoxications, les électrocutions…

Entre 1982 et 1997, le taux de mortalité, par tranche d'âge, due aux chutes et aux noyades a régulièrement diminué. En revanche, la part des suffocations a augmenté chez les 65 ans et plus, et tout particulièrement chez les femmes de ces classes d'âge qui représentent 87 % des décès féminins par suffocation, mais on ne dispose pas, à l'heure actuelle, du détail de ces suffocations.

À chaque âge correspond un profil causal bien particulier (Tableau II). Si les suffocations dominent avant 1 an (et l'on peut encore s'interroger sur des problèmes de classification des morts subites non expliquées du nourrisson), les noyades sont prédominantes entre 1 et 14 ans. La part des chutes augmente progressivement avec l'âge pour représenter deux tiers des décès par accidents chez les 75 ans et plus.

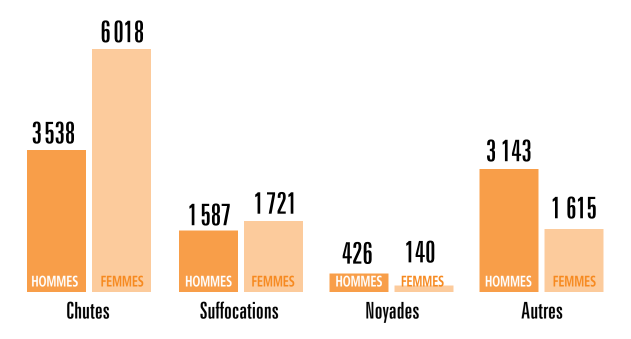


FIGURE 6

Répartition des principales causes de décès par ADVC selon le sexe pour l'année 1997

(Source Inserm, SC8)

TABLEAU II

Répartition des effectifs de décès par principales causes et par classe d'âge en 1997

(Source Inserm, SC8)

	< 1 an	1-14 ans	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	Total des décès
Chutes	6	44	**86**	**297**	**653**	**827**	**7 643**	**9 556**
Suffocations	**55**	47	19	179	419	472	2 117	3 308
Noyades	7	**69**	45	131	156	74	84	566
Feu	2	38	17	96	90	52	134	429
Intoxications	0	12	19	89	117	82	228	547
Autres	11	80	299	704	868	567	1 253	3 782
Total	81	290	485	1 496	2 303	2 074	11 459	18 188

MORBIDITÉ

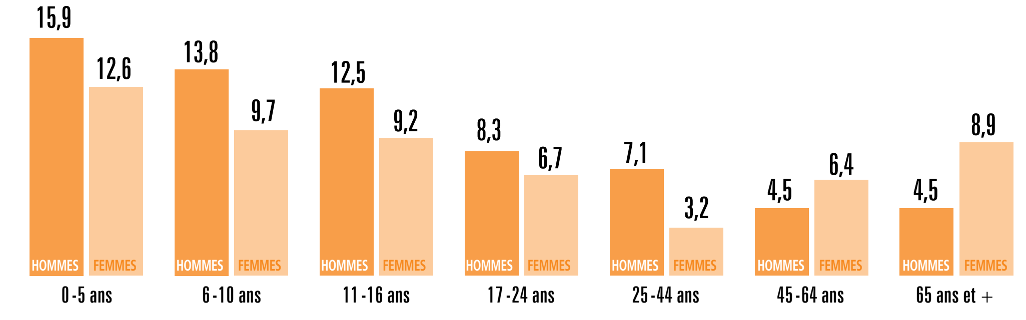
Les données présentées sont principalement issues de deux enquêtes qui se distinguent d'autres études par leur mode de recueil : répartition sur le territoire français, permanence dans le temps, prise en compte de toutes les classes d'âges. Celles-ci permettent de mieux appréhender le phénomène accidentel.

L'enquête Cnamts (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) interrogeant par voie postale les ménages sur leurs accidents de la vie courante, a été réalisée alternativement par vingt-huit caisses primaires d'assurance maladie de 1987 à 1995. Elle recense les accidents des ménages qui nécessitent au moins un soin durant l'année précédant l'enquête : consultation médicale, paramédicale, achat pharmaceutique, analyse ou examen, interruption d'activité professionnelle ou non, alitement ou hospitalisation.

L'enquête Ehlass (*European Home and Leisure Accident Surveillance System*) repose sur la déclaration des accidents dans l'un des services d'urgences des hôpitaux participant à ce recueil. Elle enregistre les patients passant par les urgences, qu'ils soient ou non hospitalisés. C'est un recueil qui s'effectue en continu depuis 1986 en variant les hôpitaux inclus (en 1997, huit hôpitaux français participaient à l'enquête).

Les résultats présentés porteront, pour les deux enquêtes, sur les données cumulées :
- soit pour la Cnamts : 47 165 cas pour 614 000 personnes ayant répondu à l'enquête ;
- soit pour Ehlass de 1986 à 1997 : 438 498 cas.

FIGURE 7
Fréquence des ADVC suivant l'âge et le sexe
(Source Cnamts)



La fréquence

Selon les modalités du recueil, le nombre annuel d'accidents de la vie courante nécessitant un recours aux soins varierait de 4,5 millions (soit 7,7 accidents pour 100 personnes), selon l'enquête Cnamts, à 6 millions (soit 10 accidents pour 100 personnes) selon l'enquête Ehlass.

À la différence de la mortalité, la fréquence de survenue des accidents décroît régulièrement avec l'âge dans les deux sexes et augmente à partir de 65 ans (Figure 7). On constate que la sur-représentation masculine cesse à partir de 45 ans.

Les lieux de survenue

Quelles que soient les modalités de recueil (les urgences hospitalières pour Ehlass et les ménages pour la Cnamts), ce sont les accidents domestiques, à savoir ceux survenant dans la maison et son environnement immédiat, qui prédominent (Figure 8 et Tableau III).

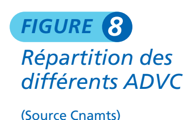


FIGURE 8
Répartition des différents ADVC
(Source Cnamts)

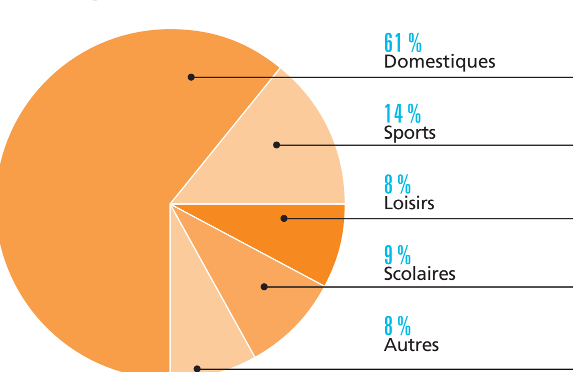


TABLEAU III
Répartition des principaux lieux d'accidents en fonction de l'âge (en pourcentage)
(Source Ehlass)

	< 1 an	1-4 ans	5-14 ans	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et +	Population totale
Intérieur maison	74,4	60,9	20,4	22,8	35,3	41,3	52,5	35,4
Extérieur maison	5,9	12,1	14,3	8,3	14,8	21,1	14,4	13,2
Transports	3,5	3,5	8,9	9,1	8,0	11,3	11,5	8,2
Éducatif	0,6	4,6	14,4	3,2	0,2	0,1	0,1	5,4
Commerce	0,9	2,1	0,5	0,5	0,8	1,6	7,4	1,4
Sports	2,1	1,1	20,0	38,8	20,2	4,4	0,6	17,6
Loisirs	1,9	3,2	6,6	6,9	7,7	6,4	2,2	5,9

Selon Ehlass, c'est à l'intérieur de la maison que survient la majorité des accidents pour les enfants de moins de 5 ans (63 %) et pour les personnes âgées de plus de 65 ans (52,5 %). Ces dernières sont aussi impliquées dans les accidents de transports (11,5 %) et dans les commerces (7,4 %). 14,4 % des accidents chez les enfants de 5 à 14 ans ont lieu dans le cadre scolaire. Les zones sportives sont à l'origine de 38,8 % des accidents chez les 15-24 ans et de 20,2 % chez les 25-44 ans.

Dans cette étude, les accidents domestiques (intérieur ou extérieur maison) représentent 49 % de l'ensemble des accidents (Figure 9).

Une analyse détaillée des lieux de survenue (selon la Cnamts) montre que la cuisine est le lieu de prédilection (24 %) des accidents domestiques (Figure 10). Le jardin et la cour représentent eux aussi des lieux à risques ; près d'un quart des accidents domestiques s'y produisent.


FIGURE 9
Répartition selon les différents lieux d'accidents
(Source Ehlass)

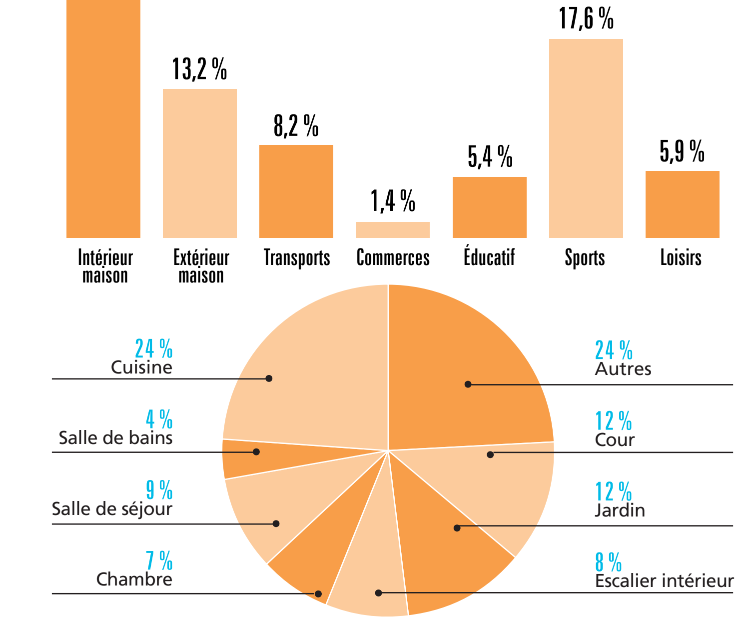


FIGURE 10
Répartition des accidents domestiques selon le lieu de survenue
(Source Cnamts)



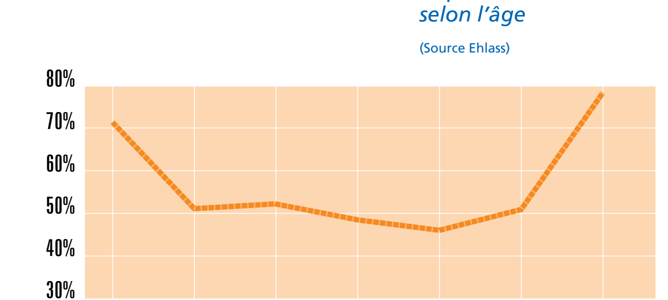
Les mécanismes accidentels

La chute est le principal mécanisme accidentel, quels que soient l'enquête, l'âge ou le type d'accident (Figures 11 et 12). Les chutes présentent deux pics de fréquence : avant 1 an et surtout à partir de 65 ans où elles sont responsables de près de quatre accidents sur cinq.

La nature et la localisation des lésions

Les lésions bénignes (plaies superficielles et hématomes) sont les conséquences de plus de la moitié des accidents (57,3 %) (Figure 13).

FIGURE 11
La part des chutes selon l'âge
(Source Ehlass)



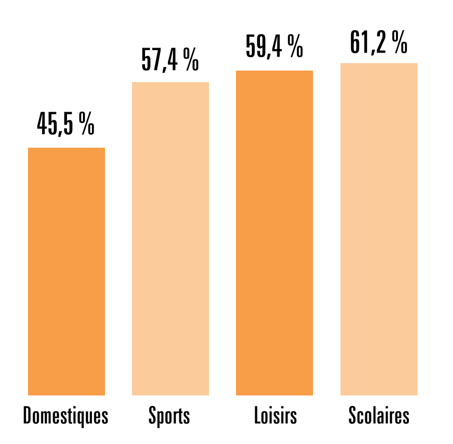



FIGURE 12
La part des chutes selon le type d'accidents

(Source Cnamts)

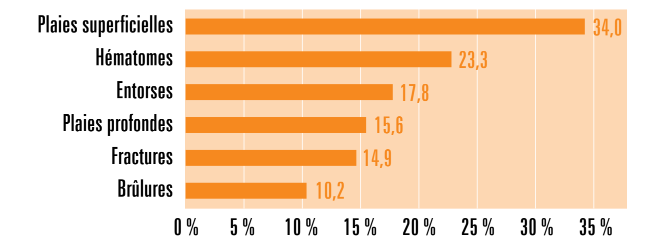


FIGURE 13
Répartition des lésions les plus fréquentes
(Source Cnamts)

Chaque type d'accidents engendre une pathologie spécifique :
- les plaies (40 %) et les brûlures (16 %) pour les accidents domestiques ;
- les entorses (43 %) et les fractures (18 %) pour les accidents sportifs ;
- les plaies (30 %) et les entorses (30 %) pour les accidents scolaires ;
- les plaies (39 %) et les hématomes (21 %) pour les accidents de loisirs.

Si l'on compare le type de lésions dans les deux populations les plus touchées par les accidents (enfants de moins de 5 ans et personnes âgées de plus de 65 ans), on remarque que leur nature varie en fonction de l'âge (Figures 14 et 15). Chez les enfants de moins de 5 ans comparés à l'ensemble de la population de l'étude, les intoxications, brûlures et contusions sont plus fréquentes.

Chez les personnes âgées de plus de 65 ans, ce sont les fractures, avec plus du tiers des accidents.

FIGURE 14

Répartition des principales lésions chez les enfants de moins de 5 ans

(Source Ehlass)

	< 5 ans	ensemble
Plaies	3	23
Brûlures	4	3
Fractures	7	16
Intoxications	11	3
Contusions	38	34

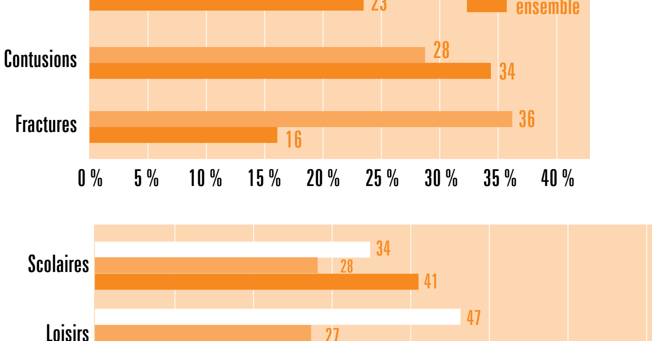


FIGURE 15

Répartition des principales lésions chez les personnes âgées de 65 ans et plus

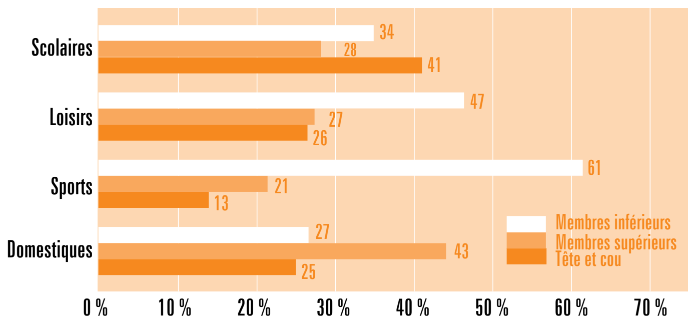
(Source Ehlass)



FIGURE 16

Parties du corps atteintes selon le type d'accidents

(Source Cnamts)



Les atteintes des membres inférieurs dominent largement dans les accidents de sports et de loisirs (Figure 16). Les lésions des membres supérieurs se retrouvent préférentiellement lors des accidents domestiques.

La localisation des atteintes varie en fonction de l'âge (Figure 17). Les lésions de la tête dominent chez les jeunes enfants, celles des membres inférieurs entre 15 et 24 ans, puis, à partir de 25 ans, ce sont préférentiellement les membres supérieurs qui sont touchés.

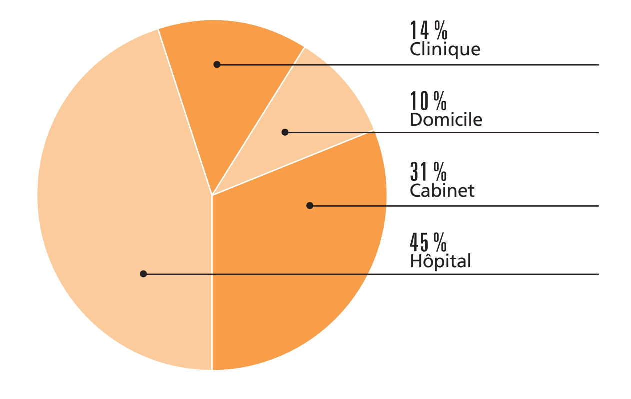
Le recours aux soins

D'après l'enquête Cnamts, 73 % des accidents recensés ont nécessité un recours à un professionnel de santé : les médecins (95 %) sont préférentiellement consultés après un accident, principalement à l'hôpital (45 %) ou en cabinet (31 %) (Figure 18).

FIGURE 18

Répartition des lieux de soins médicaux pour l'ensemble des accidents de la vie courante

(Source Cnamts)



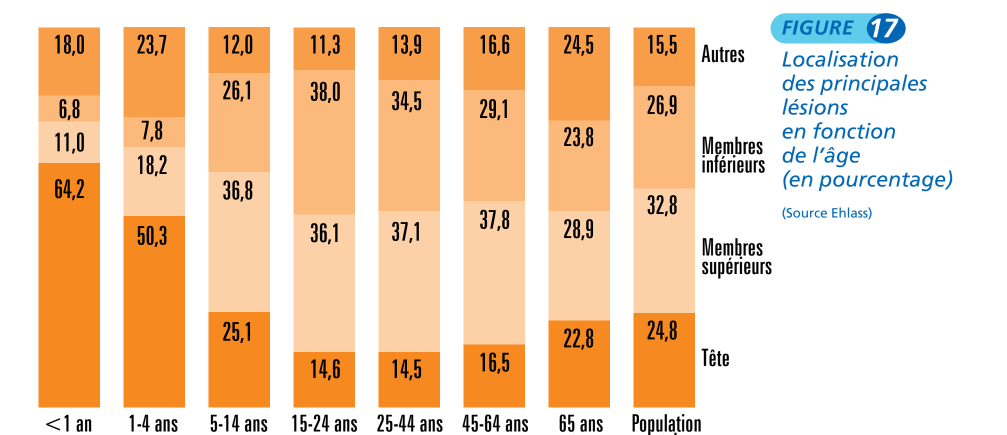


FIGURE 17

Localisation des principales lésions en fonction de l'âge (en pourcentage)

(Source Ehlass)

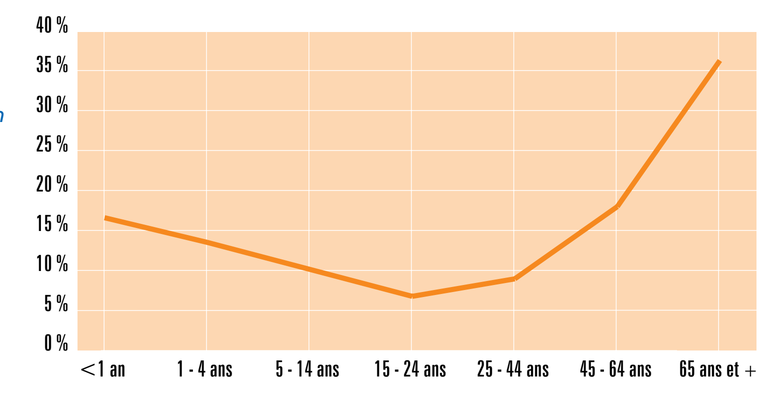
Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees, enquête morbidité hospitalière de 1993), 845 000 séjours de courte durée sont imputables, dans les services hospitaliers, aux accidents de la vie courante en 1993, soit 6,4 % de l'ensemble des hospitalisations.

Les taux d'hospitalisation sont plus élevés avant 4 ans et surtout après 65 ans où plus d'un accidenté sur trois est hospitalisé (Figure 19).

Ce sont les accidents scolaires qui entraînent le moins d'hospitalisations, en relation principalement avec l'âge des enfants (source Cnamts). Les accidents de sports et de loisirs, qui concernent surtout les adolescents et les jeunes adultes, ont des taux d'hospitalisation plus élevés, ce qui souligne leur gravité :
- loisirs (14,9 %)
- sports (14,2 %)
- domestiques (11,5 %)
- scolaires (8,7 %)
- ensemble (12,1 %).

D'après l'enquête Ehlass, la durée d'hospitalisation varie selon l'âge. Elle se situe entre un et deux jours pour 68 % des jeunes de moins de 25 ans et au-delà de cinq jours pour 65 % des personnes âgées de 65 ans et plus.

FIGURE 19
Variation du taux d'hospitalisation selon l'âge
(Source Ehlass)



La population des plus de 65 ans représente 54 % des hospitalisés pour les ADVC dans les séjours supérieurs à quinze jours.
Selon la Cnamts, les durées de séjour les plus longues sont consécutives aux accidents domestiques (14,5 jours), puis viennent les accidents de loisirs (10,1 jours), les accidents de sports (7,7 jours) et enfin, les accidents scolaires (4,6 jours). Dans tous ces cas, l'âge des accidentés est aussi un facteur déterminant.

Autres conséquences

D'après l'enquête Cnamts, 12,6 % des accidents nécessitent de la rééducation avec une moyenne de vingt-trois séances. Les accidents qui requièrent le plus de rééducation sont les accidents de sports et de loisirs (respectivement 25,9 % et 14,3 %), ceux qui en nécessitent le moins sont les accidents domestiques (9,1 %) et scolaires (8,6 %).
Les taux élevés de suspension d'activité retrouvés dans les suites d'accidents de sports reflètent la gêne importante engendrée par ce type d'accidents, déjà mise en évidence par la fréquence de la rééducation (Tableau IV).

Selon l'enquête de la Cnamts réalisée à partir des déclarations des accidentés, 11 % d'entre eux présentent au moins une séquelle (quelle qu'en soit la gravité). Les trois principales déficiences regroupent plus de 85 % des cas :
- déficiences mécaniques et motrices (42,2 %)
- déficiences esthétiques (21,5 %)
- déficiences sensitives (21,5 %).
La prévalence des séquelles varie selon le type d'accidents :
- loisirs (13,7 %)
- sports (10,7 %)
- domestiques (10,4 %)
- scolaires (9,4 %)
- autres (15,3 %).

TABLEAU IV
Suspension d'activité (taux pour 100 habitants)
(Source Cnamts)

	Arrêts de travail	Arrêts scolaires	Dispenses d'éducation physique
Domestiques	9,9	7,0	13,1
Sports	26,3	13,0	49,0
Loisirs	15,1	7,9	20,2
Scolaires	-	14,5	35,3
Ensemble	11,9	10,2	24,8

PERCEPTION DU RISQUE ACCIDENTEL

Les « Baromètres santé », enquêtes réalisées par le CFES en partenariat avec la Cnamts, le ministère et d'autres organismes, portent sur les opinions, attitudes, comportements et connaissances des Français en matière de santé. Ces études abordent le thème des accidents de la vie courante.
La procédure d'enquête est un sondage aléatoire par téléphone assisté du système Cati (*Computer assisted telephone interview*), portant chaque année sur un public différent : les adultes (18-75 ans), les jeunes (12-19 ans) et les médecins généralistes.

Chez les adultes…

À chaque vague barométrique, les Français sont notamment interrogés sur les différents risques ou maladies qu'ils craignent pour eux-mêmes. Les accidents de la circulation arrivent en tête dans l'échelle des craintes et ne cessent de gagner des points (Tableau V).
En deuxième position viennent les cancers, puis les maladies cardiaques et le sida. En 1995, les accidents domestiques (6e position) sont désormais davantage redoutés que les accidents du travail (7e position), alors que l'inverse était constaté dans les deux vagues précédentes. Il semble qu'une prise de conscience ait eu lieu chez les adultes en ce qui concerne les accidents de la vie domestique. En effet, depuis 1992, la progression des craintes déclarées relatives à ce risque est de 8 points par rapport à 1995, passant de 19,0 % à 27,8 %. On peut, en outre, remarquer que pour l'ensemble des items, les craintes déclarées progressent.

Chez les jeunes…

Dans la hiérarchie des risques exprimés par les jeunes en 1997 (Tableau V), les accidents de la circulation constituent aussi la crainte majeure. Les accidents de sports et de loisirs, et ceux du travail ou d'atelier (question posée uniquement aux jeunes ayant un emploi ou étant en formation), sont respectivement en 7e et 8e positions dans ce classement. 15,6 % des 12-19 ans (11e position) déclarent craindre les accidents domestiques et 14,1 % (12e position) les accidents à l'école en dehors du sport (question posée uniquement aux scolaires).

Les adolescents qui craignent le plus les accidents sont aussi ceux qui en ont été le plus souvent victimes au cours des douze derniers mois. 21,1 % de jeunes déclarent avoir eu un accident ayant entraîné des soins dans cette vague barométrique.
Globalement, l'expression des craintes par rapport à la santé est moins forte chez les jeunes que chez les adultes. Pourtant, la prédominance des accidents de la circulation est constante, quel que soit l'âge de la personne interrogée. En revanche, les traumatismes d'origine domestique arrivent beaucoup plus loin par rapport aux adultes dans la hiérarchie des craintes exprimées par les adolescents.
Ainsi, quelle que soit la population étudiée, il reste vérifié que la hiérarchie faite par les Français ne correspond pas à la réalité épidémiologique. Ceci est bien sûr vrai pour les accidents de sports qui sont les plus fréquents et pour les accidents domestiques qui, par définition, se passent dans la sphère privée et restent moins visibles et moins médiatisés que les accidents survenant sur la voie publique et mettant en cause un véhicule à moteur.

Chez les médecins généralistes…

Pour les médecins généralistes (question posée en 1993 seulement), les accidents arrivent en 8e position comme thème prioritaire pour améliorer la santé des Français (après le sida, le tabagisme, la toxicomanie, l'alcoolisme, l'équilibre alimentaire, les vaccinations et l'équilibre physique).
Dans la vague barométrique 1998 médecins généralistes, un praticien sur deux (50,3 %) a déclaré avoir donné un conseil concernant les accidents de la vie courante à au moins un de ses patients au cours des sept derniers jours. Plus de 10 % des médecins ont répondu avoir donné des conseils sur ce thème à six patients et plus. Par ailleurs, près d'un médecin sur deux (48,7 %) considère être efficace (très ou assez) pour aider les patients à changer de comportement dans le domaine des accidents de la vie courante.

TABLEAU V

Personnes interrogées craignant pour elles-mêmes « pas mal ou beaucoup » les problèmes ou maladies suivants (en pourcentage)

(Sources Baromètres santé adultes (18-75 ans) et Baromètre santé jeunes (12-19 ans), CFES)

	1992 Adultes	1993 Adultes	1995 Adultes	1997 Jeunes
Accidents de la circulation	66,9 (1)	67,9 (1)	69,1 (1)	47,0 (1)
Cancers	56,9	58,9	63,3	39,8
Maladies cardiaques	40,5	37,9	47,6	25,0
Sida	29,2	30,4	33,1	40,8
Accidents du travail	21,3 (5)	19,9 (5)	26,8 (7)	23,7 (8)
Accidents domestiques	19,0 (6)	19,8 (6)	27,8 (6)	15,6 (11)
MST	17,6	18,8	23,8	42,7
Maladies liées à l'alcool	11,0	11,2	16,1	12,8
Tuberculose	10,1	13,0	20,3	17,3
Suicide	7,0	7,3	12,6	13,3
Dépression	a	a	31,0	19,4
Accidents de sports et de loisirs	a	a	a	24,1 (7)

a : question non posée lors de ce baromètre

Le code de la consommation, constitue, pour la France, le support de base des actions en matière de sécurité. Ce texte établit l'obligation générale de sécurité des produits et des services (art. L 221-1), qui incombe au premier chef aux professionnels ; il permet de retirer d'urgence du marché des produits dangereux ou de suspendre une prestation de service dangereuse et de réglementer de façon permanente les produits ou services susceptibles de l'être.
Ces principes ont d'ailleurs largement inspiré la directive communautaire sur la sécurité générale des produits, adoptée en juin 1992 et applicable depuis le 29 juin 1994 sur l'ensemble du marché européen.
Le code de la consommation (art. L 215-5 et L 215-7) permet également de consigner les produits susceptibles d'être non conformes aux règles en vigueur et de présenter un risque pour la santé et la sécurité des consommateurs, et de les saisir en cas de non-conformité et de dangerosité démontrée.

Mesures d'urgence

En cas de danger grave ou immédiat, les pouvoirs publics peuvent suspendre par arrêté (art. L 221-5 du code de la consommation), pour une durée maximale d'un an, la fabrication, l'importation et la commercialisation d'un produit et faire procéder à son retrait, voire à sa destruction si c'est le seul moyen de faire cesser le danger. Ils peuvent, dans les mêmes conditions, suspendre la prestation d'un service.
Ces arrêtés peuvent également ordonner la diffusion de mises en garde et de précautions d'emploi, ainsi que la reprise du produit en vue d'un échange, d'une modification ou d'un remboursement total ou partiel.

Mesures permanentes

Ces mesures sont prises par voie de décret en Conseil d'État (art. L 221-3 du code de la consommation), après avis de la Commission de la sécurité des consommateurs, à l'encontre des produits susceptibles d'être dangereux. Il s'agit de produits ayant fait préalablement l'objet d'une mesure d'urgence et pour lesquels il est souhaitable de prendre des mesures définitives de sécurité, de produits ou de familles de produits ayant posé des problèmes de sécurité qu'il faut réglementer, tels que les lits superposés et les articles de puériculture, ou de produits qui sont soumis à une directive européenne qu'il convient de transposer en droit national.
Ces décrets posent pour principe l'interdiction de fabrication, d'importation et de commercialisation des produits ne répondant pas aux exigences de sécurité qui sont définies par les textes. Ils prévoient généralement comme moyen d'apporter la preuve du respect des exigences de sécurité, la conformité aux normes existantes, qu'il s'agisse de normes françaises ou européennes.
Certains décrets imposent des mesures d'étiquetage, exigent des notices d'emploi, dans lesquelles doivent être données les précautions d'emploi, par exemple pour faciliter le montage de certains matériels. D'autres décrets prévoient simplement une interdiction générale de fabrication, importation et commercialisation du produit, et imposent le retrait voire la destruction de ceux existant sur le marché, et ce aux frais du détenteur du produit.

Les mises en garde

Les mises en garde (art. L 221-7 du code de la consommation) sont, en fait, des lettres qui sont adressées aux professionnels pour leur rappeler tout d'abord l'obligation générale de sécurité à laquelle ils sont soumis par la loi et leur demander de revoir la conception des produits qui ont posé problème, en les mettant en conformité avec les règles de sécurité. Généralement, il leur est demandé de faire tester leurs produits par des organismes scientifiques ou techniques et d'informer l'administration dans des délais assez courts des mesures qu'ils ont prises pour éliminer le risque.
Des contrôles sont effectués par les services départementaux de la direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF), pour vérifier si les entreprises ont donné suite à ces mises en garde. Dans la négative, ces services effectuent des prélèvements et procèdent à des analyses ou à des tests. Si ceux-ci révèlent que les produits sont dangereux, un arrêté est pris pour suspendre la fabrication et la mise sur le marché.

Les contrôles et les sanctions

Réglementer constitue un préalable pour assurer la sécurité des produits mais il faut, bien évidemment, que les textes soient correctement appliqués. Pour cela, la DGCCRF vérifie d'une fa-

çon générale que les produits mis sur le marché ne présentent pas de risques pour la santé ou la sécurité des consommateurs.
De nombreuses enquêtes sont régulièrement menées aux divers stades de la production, de la fabrication, de l'importation et de la distribution dans des secteurs les plus divers (tels que les denrées alimentaires, les matériels et produits de bricolage et de jardinage, les matériels électriques, les jouets, les articles de puériculture, les équipements sportifs, les accessoires automobiles, les meubles, etc).
Les sanctions applicables en cas d'infraction aux arrêtés d'urgence et aux décrets sont des peines d'amende (art. R 223-1 du code de la consommation). En outre, le tribunal qui prononce une condamnation pour une infraction à ces textes peut ordonner également la publication de la condamnation, aux frais du condamné, le retrait et la destruction des produits, la confiscation de tout ou partie de la vente des produits sur lesquels a porté l'infraction.
Lorsqu'un professionnel a mis sur le marché un produit non conforme à un texte et dangereux, et qu'il a manqué à son obligation de contrôle préalable, il y a délit de tromperie sur les qualités substantielles et les risques inhérents à l'utilisation du produit ; dans ce cas, le professionnel intéressé risque trois mois à deux ans de prison ainsi qu'une amende.
Au niveau européen, les exigences essentielles de sécurité d'un certain nombre de familles de produits, tels que les jouets et les dispositifs médicaux par exemple, sont prévues par des directives « nouvelle approche » qui, pour être applicables au niveau des États, doivent faire l'objet, pour chacun d'entre eux, d'une transposition en droit national ; une vingtaine de directives de ce type existe actuellement. En outre, pour les secteurs non couverts par une directive spécifique, la directive 92/59/CE relative à la sécurité générale des produits, d'une part institue un cadre communautaire d'exigences harmonisées en matière de sécurité et, d'autre part, prévoit un dispositif d'échange rapide d'informations entre les États, qui permet de faire face à des situations d'urgence dues à des produits présentant des risques pour la santé ou la sécurité des consommateurs.

LES CAMPAGNES NATIONALES DE PRÉVENTION

C'est en 1983 que le CFES met en place la première grande campagne nationale « *Avec l'enfant, vivons la sécurité* ». À partir de 1988, le secrétariat d'État à la Consommation, associé à différents partenaires institutionnels (ministère de la Santé - direction générale de la Santé, Cnamts, CFES…) ou privés (entreprises, associations de consommateurs…), a poursuivi un travail de prévention et de promotion de la santé en direction des enfants mais aussi des personnes âgées :
• En 1988/1989, une campagne d'alerte et de sensibilisation démarre « *Sécurité domestique, ouvrons l'œil* ».
• De 1990 à 1992, l'alerte donnée, l'accent est mis sur des messages à caractère plus préventif. Le nouveau programme s'appelle « *Un enfant, on ne peut pas toujours être derrière, alors prenez les devants !* ».
• En 1993, il s'agit de continuer à sensibiliser les parents de jeunes enfants à la prévention en les incitant à prendre, chez eux, les mesures nécessaires.
• En 1994, la prévention est élargie aux accidents de personnes âgées : la campagne s'intitule « *À la maison les dangers, apprenons à les éviter* ».
• En 1995 et 1996, la campagne s'adresse en priorité aux personnes âgées, sans pour autant négliger le thème des accidents chez les jeunes enfants : « *Faire attention chez soi, c'est faire attention à soi* ».

En 1997, la Cnamts et le CFES ont mis en place avec leurs partenaires un programme pour trois ans :
• Le principal objectif des campagnes 1997 et 1998 a consisté à susciter des modifications de comportements chez les personnes âgées, les parents, les adolescents et les enfants, en leur donnant les moyens d'identifier les risques, d'anticiper le danger et d'éviter l'accident.
• En 1999, plusieurs réorientations apparaissent : la prévention des accidents de sports et de loisirs chez les adolescents « *Protection rapprochée* », ainsi que la prévention des chutes chez les personnes âgées « *Aménagez votre maison pour éviter les chutes* », deviennent deux objectifs prioritaires.

CONCLUSION

Les accidents de la vie courante pourraient dans la plupart des cas être évités. Près d'une personne sur dix est victime chaque année d'un accident de la vie courante. C'est à l'intérieur de la maison qu'ils surviennent en majorité et aux âges extrêmes de la vie.
Ce sont les accidents de sports et de loisirs – pour les 15-64 ans – qui entraînent le plus d'hospitalisation et de suspension d'activité.

Même si l'on constate une baisse réelle de la mortalité par accident de la vie courante, ces chiffres sont toujours trop élevés :
• plus de 18 000 décès par an parmi lesquels les chutes chez les personnes âgées de sexe féminin représentent la cause principale ;
• un décès sur cinq chez les enfants de moins de 5 ans.
C'est ainsi que de grands progrès dans les domaines de la prévention et de la prise de conscience du risque accidentel ont été réalisés. La baisse de la mortalité accidentelle constitue une première avancée, même s'il est difficile d'évaluer exactement l'impact des différentes campagnes et mesures réglementaires déjà prises.

Les « accidents de la vie courante » désignent une catégorie de traumatismes très large en terme de risque, à faible visibilité médiatique et dont la définition est étroitement liée à la modification permanente des modes de vie. En effet, ces pratiques évoluent en fonction de l'apparition de nouveaux risques, mais aussi de la définition donnée par chaque société des limites face aux différents dangers acceptables. Les accidents de sports et de loisirs qui, à l'heure actuelle, touchent davantage les adolescents et les jeunes adultes, vont sans doute à l'avenir se généraliser à l'ensemble de la population, du fait du développement d'une culture de loisirs et de l'augmentation du temps libre : trente-cinq heures, progression de l'espérance de vie sans incapacité, etc. Une démarche de santé publique adaptée doit donc intégrer ces changements.

La prévention des accidents est aussi pluridimensionnelle et multidisciplinaire. Chaque accident est la conséquence d'une attitude plus générale par rapport aux risques (par exemple pour les adolescents) et par rapport au vieillissement (par exemple pour les personnes âgées). Par ailleurs, c'est un sujet qui fait appel à des approches structurelles et organisationnelles (mesures réglementaires et législatives, politique d'aménagement de la ville, équipements…), mais aussi informatives et éducatives, d'une très grande diversité au niveau des compétences requises. La prévention des accidents de la vie courante des enfants illustre parfaitement cette réalité. Elle passe par une « sécurisation » de l'environnement et les parents ont un rôle essentiel à jouer pour protéger leurs enfants en appliquant certaines règles de sécurité à leur domicile. Cette « sécurisation » de l'environnement doit aussi s'appliquer aux personnes âgées. Celle-ci passe notamment par la définition et la mise en œuvre de normes de sécurité par les pouvoirs publics, concernant tant les objets et produits que les espaces de vie accessibles à tous.

Au total, pour conduire une politique de prévention des accidents à la fois adaptée et efficace, deux conditions essentielles sont à réunir :
• une connaissance actualisée des risques grâce à un recueil permanent de données, accompagné d'une exploitation rapide et d'une diffusion large de ces résultats (tel est l'objet de cette plaquette) ;
• un travail pluri-institutionnel permettant de prendre en compte toutes les dimensions nécessaires à la maîtrise des risques pour aboutir à des résultats concrets en terme de réduction de mortalité et de morbidité accidentelles.

POUR EN SAVOIR PLUS

DONNÉES STATISTIQUES

SC8-Inserm, 44 chemin de Ronde, 78116 Le Vesinet cedex.

BAZILE S., BERTON E., GARRY F., PIERRE-LOUIS J./Cnamts. *Enquête sur les accidents de la vie courante. Résultats de 1987 à 1994.* Dossier Études et Statistiques n° 38, 1997 : 114 p.

DUVAL C., NECTOUX M., DARLOT J.P. *Étude Ehlass France : les points sur les données 1986/1997*.

BAUDIER F., JANVRIN M.P. Accidents. In : BAUDIER F., DRESSEN C., GRIZEAU D., JANVRIN M.P., WARSZAWSKI J. (sous la dir.). *Baromètre santé 93/94*. Paris : CFES, 1995 : 18-37.

ARÈNES J., BAUDIER F., DRESSEN C., ROTILY M., MOATTI J.P. (sous la dir.). *Baromètre santé médecins généralistes 94/95*. Paris : CFES, 1996 : 137 p.

BAUDIER F., ARÈNES J. (sous la dir.). *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, 1997 : 288 p.

BAUDIER F., JANVRIN M.P. Accidents. In : ARÈNES J., JANVRIN M.P., BAUDIER F. (sous la dir.). *Baromètre santé jeunes 97/98*. Vanves : CFES, 1998 : 251-9.

Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1998
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
DGS – Drees (anciennement Sesi) – Centre d'information et de diffusion, 8 avenue de Ségur, 75007 Paris

Enquête morbidité hospitalière en 1992/1993
Drees (anciennement Sesi), ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Sesi, info-rapides n° 90, juin 1997.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BAUDIER F., JANVRIN M.P. (sous la dir.). *Prévention des accidents de la vie domestique. Le guide des programmes coopératifs*. Vanves : CFES : 120 p.

DUVAL C., SALOMON L. *Les accidents de la vie courante*. Paris : direction générale de la Santé/La Documentation française, 1997 : 185 p.

ENFANTS ET ADOLESCENTS

BAUDIER F., PALICOT A.M. (sous la dir.) *La prévention des accidents domestiques de l'enfant*. Vanves : CFES, coll. La Santé en action, 1992 : 312 p.

DUVAL C., PLAISANT I. *Allô maison bobo. Prévenir les accidents domestiques*. Paris : Flammarion, coll. Santé mode d'emploi, 1993 : 183 p.

FELIX M., TURSZ A. *Les accidents domestiques de l'enfant : un problème majeur de santé publique*. Paris : Syros Alternatives, 1991 : 511 p.

Livre blanc pour la sécurité de l'enfant à la maison. APMS, 5e édition, 1998 : 56 p.

CHAN CHEE C., DAMESTOY N., JANVRIN M.P. Accidents et violences à l'école. In : CHAN CHEE C., BAUDIER F., DRESSEN C., ARENES J. (sous la dir.) *Baromètre santé 94 – jeunes. Enquête sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire (11-13-15 ans)*.Vanves, CFES, 1997 : 150 p.

ASSAILLY J.P. *Les jeunes et le risque : une approche psychologique de l'accident*. Paris : Vigot, coll. Sciences humaines, 1992 : 208 p.

ESTERLE-HEDIBEL M. *La bande, le risque et l'accident*. Paris : L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 1997 : 260 p.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES (SUITE)

PERSONNES ÂGÉES

DARGENT-MOLINA P., BREARD G. *Épidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées.* Rev. Epidémiol. et Santé Publ. 1995 ; 43 : 72-83.

VELLAS B., FAISANT C., LAUQUE S., *et al. Investigation sur la chute accidentelle, recherche épidémiologique. Étude Icare – Recherche épidémiologique*. L'année gérontologique 1995 ; 9 : 423-36.

ORGANISMES RESSOURCES

Adeic-Fen : Association d'éducation et d'information du consommateur de la Fédération de l'Éducation nationale
43 Bd du Montparnasse, 75006 Paris. Tél. : 01 40.49.03.04.

Afnor : Association française de normalisation
Tour Europe Cedex 7, 92080 Paris La Défense.
Tél. : 01.42.91.55.55.

CFES : Comité français d'éducation pour la santé
2 rue Auguste Comte, BP 51, 92174 Vanves cedex.
Tél. : 01.41.33.33.33.

Cirpae : Centre d'information et de rencontre pour la prévention des accidents d'enfants
26 bd Haussmann, 75311 Paris cedex 09.
Tél. : 01.42.47.90.23.

Cnamts : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
66 avenue du Maine, 75014 Paris.
Tél. : 01.42.79.30.30.

Cnav : Caisse nationale d'assurance vieillesse
110 rue de Flandre, 75951 Paris cedex 19.
Tél. : 01.55.45.50.00.

CSC : Commission de la sécurité des consommateurs
Cité Martignac, 111 rue de Grenelle, 75353 Paris 07 SP.
Tél. : 01.43.19.56.60.

DGCCRF : Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
59 Bd Vincent Auriol, Télédoc 051, 75703 Paris cedex 13.
Tél. : 01.44.87.17.17.

INC : Institut national de la consommation,
80 rue Lecourbe, 75732 Paris cedex 15.
Tél. : 01.45.66.20.20.

Inrets : Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité
2 av. du Général Malleret-Joinville, 94114 Arcueil cedex.
Tél. : 01.47.40.70.00.

InVS : Institut national de la veille sanitaire, unité santé environnement
Hôpital national de Saint-Maurice, 12 rue Val d'Osne,
94415 Saint-Maurice cedex.
Tél. : 01.41.79.67.00.

ORGANISMES RESSOURCES (SUITE)

Observatoire national interministériel de sécurité routière.
Bilan annuel : statistiques et commentaires 1996.
La Grande Arche, 92055 Paris-La Défense cedex 04.
Tél. : 01.40.81.80.42.

Odas : Observatoire national de l'action sociale
37 bd Saint-Michel, 75005 Paris. Tél. : 01.44.07.02.52.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, direction générale de la Santé
8 av. de Ségur, 75350 Paris cedex 07.
Tél. : 01.40.56.40.00.

Ministère de la Jeunesse et des Sports, direction des Sports
78 rue Olivier de Serres, 75015 Paris.
Tél. : 01.40.45.90.00.

UFCS : Union féminine civique et sociale
8 rue Béranger, 75003 Paris.
Tél. : 01.42.72.80.19.

SITES INTERNET

Site du secrétariat d'État à la Santé *(français)*
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/index.htm

Site de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés - Cnamts
http://www.cnamts.fr

Site du Comité français d'éducation pour la santé - CFES
http://www.cfes.sante.fr

Site de l'Inserm (mortalité)
http://sc8.vesinet.inserm.fr:1080

Site de la Commission de la sécurité des consommateurs - CSC
http://www.securiteconso.org

Site du Centre d'information et de rencontre pour la prévention des accidents de l'enfant - Cirpae
http://www.ffsa.fr/prev/chap1/cirpae.htm

Site du Centre européen de prévention des risques - CEPR
http://www.cepr.tm.fr

Site du Réseau francophone international pour la promotion de la santé - Réfips
http://www.refips.org

Site de l'Association franco-québécoise pour le développement de la sécurité sanitaire
http://www.securite-sanitaire.org

Site des Médecins de montagne
http://www.mdem.org/public.htm

Site de prévention Maif
http://www.maif.fr/site1/index.html

Données de septembre 2000

Conception graphique et réalisation : Véronique Boniol